

Мазаєва, Кравченко, 2018; Mullen, 2018). Відомо, що брак соціалізації емоцій підлітків, зокрема гніву та суму, пов'язується із недостатністю підтримки у батьківських відгуках, що сполучається із депресією підлітків (Shortt et al., 2016). Для ранньої діагностики та надання своєчасної кризової допомоги важливе значення має виявлення проблем в сімейних стосунках (Hetrick et al., 2015; Марценковський, Марценковська, 2017; Bernaras, Jaureguizar and Garaigordobil, 2019)

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне психодіагностичне дослідження 40 підлітків у віці 13-17 років із ДР (10 хлопчиків та 30 дівчаток), які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні психіатрії ІОЗДП НАМН України. Обстеження передбачало також опитування батьків хворих підлітків. Для вивчення особливостей сімейних відносин застосовували опитувальник «АСВ» – Аналіз Сімейних Відносин Е.Г. Ейдемиллера, В.В. Юстіціса для батьків; Шкалу сімейного оточення (ШСО) для оцінки соціального клімату в родині й опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості (опитувальник FACES-3 / Тест Д.Х. Олсона) для дітей та батьків.

Мета дослідження: вивчити інтегративні характеристики родини та особливості батьківських виховних стратегій в сім'ях підлітків із ДР.

Результати та обговорення. В сім'ях підлітків із ДР переважно спостерігається сплутаність у стосунках із надмірною емоційною близькістю з боку щонайменше одного з батьків та підлітка (65%). Аналіз сімейних відносин дозволив виявити наявність потураючої гіперпротекції як основної виховної стратегії (85%). Батьківська гіперпротекція в сполученні з потуранням включала опікування, задоволення потреб підлітка та відсутність вимог, заборон та санкцій. Підлітки перебували в фокусі уваги одного з батьків, який прагнув максимально задовольняти усі потреби дитини. Батьки транслиювали дитині, що їй усе дозволено, а якщо деякі заборони запроваджувалися – підліток легко їх порушував, бо дорослі не застосовували санкцій. Підлітки мали мінімальну кількість обов'язків. Батьки не бажали або не могли встановити будь-які рамки підліткової поведінки, в тому числі з питань того, що стосується часу відходу до сну, користування гаджетами, вживання алкоголю і т.і. В переліку значущих батьківських почуттів у батьків підлітків із депресивними порушеннями діагностувалася фобія втрати дитини. Виховна невпевненість батьків спиралася на перебільшене уявлення про крихкість, вразливість та хворобливість дитини. Зазначені батьківські виховні стратегії постають важливою складовою формування депресивного розладу дитини.

Висновки. Наявність у батьків підлітків із ДР потураючої гіперпротективної виховної стратегії, що спирається на фобію втрати дитини та сплутаність відносин постають чинником симптомоутворення при захворюваннях депресивного спектру у підлітків, із формуванням у них різних варіантів деструктивної, адиктивної та аутоагресивної поведінки.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ХВОРОБОЮ ВІЛЬСОНА

Березенко В.С., Крат В.В., Диба М.Б., Ткалик О.М., Михайлюк Х.З.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Хвороба Вільсона – генетично детерміноване захворювання, при якому органами-мішенями є печінка, головний мозок, очі, також є дані про ураження кістково-м'язової системи у цих хворих.

Мета дослідження: вивчити мінеральну щільність кісткової тканини у дітей з хворобою Вільсона.

Матеріали та методи: Обстежено 27 дітей з хворобою Вільсона, віком від 6 до 18 років, середній вік становив 12 років, серед яких було 16 дівчаток (59,3%) та 11 хлопчиків (40,7%). Всі обстежені діти мали печінкову форму хвороби Вільсона, у однієї дитини захворювання перебігало з ураженням печінки та нервової системи. Середній вік дітей, в якому був встановлений діагноз складав 10 років [8-12]. У всіх дітей захворювання протікало з наявністю біохімічних маркерів хронічного гепатиту: мінімальну активність (підвищення рівня трансаміназ до 3 норм) мали 9 дітей (33,3%), низьку активність (підвищення рівня трансаміназ до 5 норм) – 5 дітей (18,5%), помірну активність (рівень трансаміназ 5-9 норм) діагностовано у 12 дітей (44,4%) та 1 дитина (3,7%) мала високу активність хронічного гепатиту (рівень трансаміназ вище 10 норм).

У 20 дітей (74%) діагностовано хронічний гепатит, а у 7 дітей (25,9%) – цироз печінки. За даними еластографії 14 дітей (51,8 %) мали стадію фіброзу F0-1 за METAVIR, 4 дітей (14,8%) – стадію фіброзу F2 за METAVIR, 2 дітям (7,4%) діагностовано стадію фіброзу F3 за METAVIR. У 1 дитини з цирозом печінки встановлено клас А по Чайлд-П'ю, а у 6 дітей (22,2%) клас В-С по Чайлд-П'ю.

У всіх дітей за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії оцінено щільність кісткової тканини. Про зниження мінеральної щільності кісткової тканини у дітей свідчить зниження Z-score нижче -2.

Результати: За нашими даними у 21 хворого (77,7%) з хворобою Вільсона не діагностовано зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Лише у 6 пацієнтів (22,2%) як з цирозом печінки так і з хронічним гепатитом встановлено зниження мінеральної щільності кісткової тканини Z-score -2,3 [-2,4- -2,2] $p < 0,05$. У 4 дітей (14,8%) діагностовано лише зниження мінеральної щільності кісткової тканини поперекового відділу хребта, а у 2 пацієнтів (7,4%) встановлено зниження мінеральної щільності кісткової тканини всього тіла (total body). Варто зазначити, що зниження мінеральної щільності кісткової тканини встановлено у 3 дітей з цирозом печінки, з них 1

дитина мала змішану форму захворювання, та у 3 дітей з хронічним гепатитом у яких за даними еластографії діагностовано стадію фіброзу F1 за METAVIR.

Висновки: за результатами проведеного дослідження встановлено, що у 22,2% дітей з хворобою Вільсона незалежно від тяжкості ураження печінки мало місце зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Отримані результати свідчать про необхідність проведення подальших досліджень в цьому напрямку.

ЗНАЧЕННЯ АТОПІЇ У ФОРМУВАННІ РЕМОДЕЛІНГУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Білик Г.А, Мислицька Г.О., Шахова О.О.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета роботи. Для покращення менеджменту бронхіальної астми у дітей вивчити особливості atopічної реактивності організму у хворих шкільного віку з урахуванням вмісту маркерів ремоделінгу бронхів у супернатанті мокротиння.

Матеріал і методи. В умовах пульмо-алергологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці методом «дослід-контроль» у паралельних групах із використанням простої випадкової вибірки обстежено 116 дітей, хворих на персистувальну бронхіальну астму (БА). Усім хворим у супернатанті мокротиння визначали вміст ендотеліального фактору росту судин (VEGF) і матричну металопротеїназу-9 (MMP-9) як маркерів бронхіального ремоделінгу (БР). З урахуванням розподільчої точки для концентрації VEGF 80,0 нг/мл та MMP-9 – 5,2 нг/мл, сформовано три клінічні групи спостереження. Першу (I) клінічну групу, сформували 37 хворих з перевищенням вказаних значень, до складу другої (II) групи увійшов 41 хворий з перевищенням лише одного маркеру РБ, а третю (III) клінічну групу склали 38 хворих із низькими концентраціями маркерів РБ. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були зіставленими. Визначення біомаркерів ремоделіації бронхів у супернатанті мокротиння здійснювали: VEGF – тристадійним «сендвіч»-варіантом твердофазного імуоферментного аналізу (реактиви «VEGF-ВекторБест» А-8784, РФ); MMP-9 – методом «сендвіч»-ELISA (реактиви «AffymetrixBioscience» BMS 2016/2/ BMS2016/2TEN (BenderMedSystems, GmbH, Австрія).

Результати і обговорення. У роботі показано, що atopічна форма БА незначно переважала у I і III клінічних групах (у 67,6% хворих I групи, у 56,1% дітей II групи та у 63,2% представників III групи порівняння; в усіх випадках $P > 0,05$). Проте обтяженість сімейного алергологічного анамнезу за обома батьківськими родоводами переважала у хворих I групи (13,5% випадків) і була утричі меншою серед представників II та у 5,2 рази меншою серед хворих II групи (в усіх випадках $P < 0,05$). Вірогідно частіше (10,8% проти 2,6%, $P < 0,05$) у хворих із високим ризиком РБ порівняно до пацієнтів II групи відмічалися ознаки медикаментозної гіперчутливості. У загально клінічному аналізі крові нами виявлено, що у дітей I клінічної групи частіше траплялися випадки більш значущої еозинофілії. Так, частота випадків виявлення еозинофілії крові більше 10% становила у I клінічній групі – 35,1%, у II групі – 29,3%, а у III – 28,9% ($P_{I,II,III} < 0,05$). Ця особливість характеризувалася сталістю, і наприкінці динамічного спостереження за хворими у процесі базисного лікування БА еозинофілія більше 6,0% визначалася у дітей I групи у 50,0% випадків, у II групі – у 38,9%, а у III групі дітей – у 36,1% спостережень ($P_{I,II,III} < 0,05$). Аналіз клітинного складу спонтанного або індукованого серійними розчинами хлориду натрію мокротиння підтвердив значення еозинофільного характеру запального процесу бронхів у розвитку їх ремоделінгу. Так, еозинофіли становили $(10,5 \pm 1,03)\%$ клітинного складу у хворих I групи, $(7,4 \pm 1,8)\%$ – у II групі та лише $(1,6 \pm 0,75)\%$ у представників III групи ($P_{I,II,III} < 0,05$).

Висновки. Таким чином, atopія є одним із ключових механізмів формування ремоделінгу бронхіального дерева у процесі запалення, опосередкованого еозинофільними гранулоцитами, що вимагає у таких хворих посилення обсягу контролюючого лікування з акцентом на інгаляційні глюкокортикостероїдні препарати.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ФОРМУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ

Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Ніконова В.В., Ахназарянц Е.Л., Дем'яненко М.В.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна

Актуальність. Відомо, що однією із систем, яка залучається в патологічний процес у хворих із ревматоїдним артритом є серцево-судинна система. Більш того, саме серцево-судинні порушення в більшості випадків у дорослих впливають як на якість життя, так і на його тривалість. В зв'язку з цим, вважалось за необхідне визначити стан серцево-судинної системи у дітей із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) в залежності від тривалості захворювання.